

BESTELLFORMULAR FÜR REZEPTE UND ÜBERWEISUNGEN

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Rezept für folgende Medikamente (mit Wirkstärke, z.B. ASS 100 MG)

Überweisung zu folgender Fachrichtung:

	wegen	

Um Ihnen Zeit zu sparen, liefern wir Rezepte direkt in Ihre Wunschapotheke im Praxisort.

Name der Apotheke	Ort der Apotheke
-------------------	------------------

Abholung in Ihrer Apotheke am übernächsten Werktag ab 11.00 Uhr möglich.

BITTE BEACHTEN!

Sie können das ausgefüllte Formular einfach in den Briefkasten Ihrer Praxis werfen oder per Fax oder E-Mail an Ihre Praxis senden, **wenn Ihre Versichertenkarte bereits im laufenden Quartal eingelezen wurde.**

Bad Soden-Salmünster Fax: 06056 - 900421 bss@hausaezrte-mkk.de
 Diabetologie Fax: 06661 - 919823 info@diabetologe-mkk.de
 Langenselbold Fax: 06184 - 20589-29 Lsb@hausaezrte-mkk.de
 Schlüchtern Fax: 06661 - 919823 schluechtern@hausaezrte-mkk.de
 Schöneck Fax: 06187 - 952787 schoeneck@hausaezrte-mkk.de

REZEPTE BEQUEM ONLINE BESTELLEN!

Helfen Sie dabei, Papier zu sparen und bestellen Sie Rezepte und Überweisungen ganz einfach online:

www.hausaezrte-mkk.de/rezeptbestellung